

Paquete de información del proceso de apelación de la aseguradora de atención médica de AZ
BANNER HEALTH AND AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY/BANNER HEALTH AND AETNA
HEALTH PLAN INC.

LEA CON ATENCIÓN LA INFORMACIÓN DE ESTE PAQUETE Y CONSÉRVELO PARA CONSULTARLO EN EL FUTURO. CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO PRESENTAR APELACIONES DE LAS DETERMINACIONES ADVERSAS QUE REALIZAMOS SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA.

IMPORTANTE: EL PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA TODOS LOS PLANES DEBE INCLUIR UN NIVEL DE REVISIÓN INICIAL DE LA APELACIÓN. PARA ALGUNOS PLANES, PODREMOS OPTAR POR OFRECER UN SEGUNDO NIVEL DE REVISIÓN INTERNA, LLAMADO APELACIÓN INTERNA VOLUNTARIA. LA APELACIÓN INTERNA VOLUNTARIA Y CUALQUIER REFERENCIA A LA APELACIÓN INTERNA VOLUNTARIA QUE SE REALICE EN ESTE PAQUETE **NO SE APLICA** A SU PLAN.

Debemos enviarle una copia de este paquete de información cuando recibe la póliza por primera vez, a petición suya o de su proveedor tratante, y brindarle acceso a una copia de este paquete de información sobre apelaciones de atención médica en banneretna.com. Cuando se renueve la cobertura de su seguro, le enviaremos un recordatorio de que puede solicitar otra copia de este paquete. Para solicitar una copia adicional, llame al número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros/Atención al Cliente que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

¿QUÉ DISPUTAS SON ELEGIBLES PARA EL PROCESO DE APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE ARIZONA?

Puede presentar una apelación cuando nosotros le notifiquemos de una determinación adversa, que quiere decir que un servicio solicitado o una reclamación de un servicio, o una denegación, reducción o finalización de un servicio, en su totalidad o en parte:

- No es médicamente necesario o adecuado, incluido el entorno de atención médica, el nivel de atención o la eficacia de un tratamiento o servicio.
- Es experimental o de investigación.
- No es un servicio cubierto.

Una determinación adversa también incluye la cancelación de la póliza de manera retroactiva a la fecha de entrada en vigencia por un motivo diferente de la falta de pago de primas, lo que se conoce como una rescisión de la cobertura.

Entre los ejemplos de disputas que no son elegibles para el proceso de apelación de atención médica de Arizona se incluyen los siguientes:

- Si no está de acuerdo con nuestra determinación con respecto al monto que pagamos por un servicio o tratamiento.
- Si no está de acuerdo con la manera en que coordinamos los beneficios en el caso de que tenga seguro de salud con más de una aseguradora.
- Si no está de acuerdo con el monto de sus costos compartidos (copagos y coseguro) o la manera en la que hayamos aplicado sus reclamaciones o servicios al deducible de su plan.

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos que no sea apelable, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA O REPRESENTAR A UN MIEMBRO?

Usted o su proveedor tratante en su nombre pueden presentar una apelación. Los siguientes representantes autorizados también pueden presentar una apelación en su nombre:

- Padre, madre o tutor legal.
- Un sustituto que esté autorizado para tomar decisiones de atención médica en nombre del miembro en virtud de un poder de representación, una orden judicial o las disposiciones de los artículos 36 a 3231 de los A.R.S.
- Un representante que sea adulto y tenga la autoridad para tomar decisiones sobre tratamiento de atención médica en nombre del miembro, de conformidad con un poder de representación para cuestiones de atención médica.

Si usted es el miembro y desea presentar una apelación de atención médica, puede trabajar con su proveedor tratante para que lo ayude con la información que necesita para respaldar su apelación. En Arizona, la mayoría de las apelaciones de atención médica las presentan los proveedores tratantes.

HERRAMIENTAS PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

En este paquete, encontrará formularios que puede usar para la apelación. El Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona (“DIFI de AZ”) desarrolló estos formularios para ayudar a los consumidores a presentar una apelación de atención médica. Usted **no** tiene la obligación de usarlos, y **no podemos** rechazar su apelación si no los usa. Para presentar una apelación, puede llamarnos o enviarnos una solicitud por escrito. Si necesita ayuda para presentar una apelación o tiene preguntas sobre el proceso de apelación, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación o en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

Si tiene preguntas generales sobre las apelaciones de atención médica, puede comunicarse con la Sección de Servicios al Consumidor del DIFI de AZ al [602-364-3100](tel:602-364-3100) o visitar el sitio web del DIFI de AZ en <https://difi.az.gov>.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE APELACIÓN

En materia de plazos, hay dos tipos de apelaciones: la apelación acelerada, para cuestiones urgentes, y la apelación estándar. Las apelaciones funcionan de manera similar, solo que las apelaciones aceleradas se procesan mucho más rápido debido a la afección del paciente.

Las apelaciones se categorizan como “necesidad médica” o “cobertura”. La designación afecta la manera en la que el DIFI de AZ y nosotros manejamos el caso, y los derechos que tiene usted una vez que finaliza el proceso de apelación de atención médica.

PLAZOS DE LA APELACIÓN ESTÁNDAR FRENTE A LA APELACIÓN ACELERADA: ¿ES URGENTE?

Normalmente, una apelación estándar de un servicio que aún no se proporcionó se completa dentro de los 30 días.

Si su apelación es urgente, su médico tratante debe certificar y brindarnos la documentación de respaldo que indique que el plazo de revisión de una apelación estándar causaría un cambio negativo importante en su afección. Al final de este paquete se encuentra un formulario de certificación del proveedor, pero **no** es obligatorio que lo use. Su proveedor también podría enviar una solicitud por escrito o crear un formulario con información similar. Su proveedor tratante debe enviarnos la certificación y la documentación utilizando la información que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

Determinaciones adversas elegibles para el proceso de apelación acelerada

A continuación, se presenta una lista no exhaustiva de las determinaciones adversas por las que se pueden presentar apelaciones aceleradas con una certificación de su proveedor:

- La denegación de un servicio de atención médica por ser experimental o de investigación.
- La denegación de un servicio de atención médica por el que un miembro recibió servicios de emergencia, pero aún no ha recibido el alta.
- Una denegación, reducción o finalización de cobertura por una hospitalización.
- La disponibilidad de atención.
- Una internación continua por un tratamiento antes de que finalice el período o la cantidad de tratamientos recomendados por el proveedor tratante.
- La denegación de una autorización previa.

Si ya recibió el servicio o es un tema de rescisión de la póliza, la apelación **no puede** ser acelerada.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE APELACIÓN EN GENERAL

- Su plan podría o no ofrecer un segundo nivel de revisión interna, llamada apelación interna voluntaria. La primera página de este paquete indica si la apelación interna voluntaria se aplica a su plan.
- Tiene dos años desde la fecha de una determinación adversa para comenzar el proceso de apelación de atención médica.
- Las solicitudes de todos los niveles de apelación de atención médica se nos deben enviar directamente a nosotros utilizando la información que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.
- Una apelación primero debe pasar por el nivel de apelación inicial y, si corresponde, el nivel de apelación interna voluntaria, o se deben eximir los niveles de revisión interna o se debe considerar que se agotaron dichas instancias, antes de buscar una revisión externa independiente, con la salvedad de que puede iniciar de manera simultánea una revisión externa independiente acelerada en cualquier nivel de revisión interna.
- Nosotros completamos los niveles de revisión de la apelación inicial y la apelación interna voluntaria, si corresponde, y la revisión médica acelerada y la apelación acelerada. En el caso de los niveles de revisión externa independiente y revisión externa independiente acelerada, enviamos la apelación al DIFI de AZ.
- En cualquier momento, podemos no aplicar los niveles de revisión interna y pasar una apelación al nivel de revisión externa independiente.
- No hay un monto mínimo en dólares correspondiente al valor de una reclamación o un servicio para que sea elegible para el proceso de apelación de atención médica.
- No se cobra ninguna tarifa a usted o a su proveedor por ningún nivel de apelación.
- Es importante prestar atención a las fechas límite de presentación en cada nivel de revisión.
- Para los planes individuales y los planes grupales que no ofrecen un nivel de apelación interna voluntaria, hay dos niveles de apelación estándar:
 1. La apelación inicial.
 2. La revisión externa independiente.
- Para los planes grupales y los planes individuales protegidos que ofrecen un nivel de apelación interna voluntaria, hay tres niveles de apelación estándar:
 1. La apelación inicial.
 2. La apelación interna voluntaria.
 3. La revisión externa independiente.

- Para todos los planes, hay tres niveles de apelación acelerada:
 1. La revisión médica acelerada.
 2. La apelación acelerada.
 3. La revisión externa independiente acelerada.
- Si la revisión externa independiente involucra una necesidad médica, el DIFI de AZ selecciona una organización de revisión independiente (“IRO”) que sea completamente independiente de nosotros para que tome la determinación. El revisor de la IRO es un proveedor que normalmente trata la afección que es objeto de la apelación.
- Si la apelación involucra un tratamiento o un servicio que está cubierto en su póliza, el DIFI de AZ es el revisor externo.

PROCESO DE APELACIÓN ACELERADA PARA SERVICIOS URGENTES QUE AÚN NO SE HAN PROPORCIONADO
--

Revisión médica acelerada

Puede obtener una revisión médica acelerada de una determinación adversa de un servicio que aún no se ha proporcionado si su proveedor tratante certifica por escrito y brinda la documentación de respaldo que indique que los plazos de la apelación estándar probablemente causen un cambio negativo importante en su afección médica. Al final de este paquete, se encuentra un formulario que su proveedor tratante puede usar, pero **no** es obligatorio que lo use. Su proveedor también puede proporcionar una solicitud por escrito o crear un formulario con información similar. Su proveedor tratante debe enviarnos la certificación y la documentación utilizando la información que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

Tenemos 36 horas desde que recibimos la solicitud para decidir si debemos cambiar nuestra determinación y autorizar el servicio que solicitó. Dentro de este plazo, debemos llamarlos a usted y a su proveedor tratante para informarles nuestra determinación. También debemos enviarles la determinación por escrito.

Si revocamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio y finalizará la apelación.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación le explicará los motivos de nuestra determinación y la información sobre la que basamos nuestra determinación. Nuestra carta de determinación también incluirá las instrucciones para continuar con los siguientes pasos en el proceso de apelación.

Podemos decidir en cualquier momento eximir la revisión médica acelerada y los niveles de apelación acelerada, y enviar su apelación al DIFI de AZ para una revisión externa independiente acelerada.

Apelación acelerada

Si denegamos su revisión médica acelerada, puede solicitar una apelación acelerada. Una vez que reciba nuestra determinación de la revisión médica acelerada, su proveedor tratante debe enviarnos de inmediato una solicitud de apelación por escrito utilizando la información que aparece en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete. Para ayudar con su apelación, su proveedor debe enviarnos cualquier información adicional que aún no haya enviado, para demostrar por qué usted necesita el servicio solicitado.

Tenemos 36 horas desde que recibimos la solicitud para decidir si debemos cambiar nuestra determinación y autorizar el servicio que solicitó. Dentro de este plazo, debemos llamarlos a usted y a su proveedor tratante para informarles nuestra determinación. También debemos enviarles la determinación por escrito.

Si revocamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio y finalizará la apelación.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación le explicará los motivos de nuestra determinación y la información sobre la que basamos nuestra determinación. Nuestra carta de determinación también incluirá las instrucciones para continuar con los siguientes pasos en el proceso de apelación.

Podríamos decidir en cualquier momento no aplicar el nivel de apelación acelerada y enviar su apelación al DIFI de AZ para una revisión externa independiente acelerada.

Revisión externa independiente acelerada

Salvo que no apliquemos los niveles de revisión médica acelerada o de apelación acelerada, y enviemos su apelación al DIFI de AZ para una revisión externa independiente acelerada, usted puede solicitar una revisión externa independiente acelerada una vez que complete una revisión médica acelerada y una apelación acelerada, o de manera simultánea en cualquier nivel de revisión. Tiene cuatro meses luego de recibir la determinación adversa interna final para enviarnos su solicitud por escrito de una revisión externa independiente acelerada. Si el tratamiento o el servicio se considera experimental o de investigación, puede realizar una solicitud oral si su médico tratante certifica por escrito que el servicio o tratamiento solicitado sería considerablemente menos eficaz si no se inicia de inmediato. Envíenos su solicitud y la información de respaldo adicional que tenga utilizando la información que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

Hay dos tipos de revisión externa independiente acelerada, dependiendo de los problemas de su caso: Necesidad médica o cobertura de contrato.

(A) Necesidad médica

Estos son casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque determinamos que el servicio que usted o su proveedor tratante están solicitando no son médicamente necesarios para tratar su afección. Para los casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor

contratado por una IRO, que el DIFI de AZ consigue y no tiene conexión con nuestra compañía. El revisor de la IRO debe ser un proveedor que normalmente trate la afección que se está revisando. Las apelaciones de necesidad médica están sujetas a los siguientes plazos:

- Dentro de un día hábil luego de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:
 1. Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud de apelación al DIFI de AZ, a usted y a su proveedor tratante.
 2. Enviar al DIFI de AZ toda la siguiente documentación:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, evidencia de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los registros médicos y la documentación de respaldo que usamos para tomar nuestra determinación.
 - d. Un resumen de los problemas correspondientes, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestras pautas de revisión de utilización.
 - g. El nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que revisó y confirmó la denegación en los niveles de revisión interna.
- Dentro de los dos días hábiles luego de recibir la apelación, el DIFI de AZ debe enviar toda la información presentada a la IRO.
- Dentro de las 72 horas luego de recibir la apelación, la IRO debe tomar una determinación y enviarla al DIFI de AZ.
- Dentro de un día hábil luego de recibir la determinación de la IRO, el DIFI de AZ debe enviar un aviso sobre la determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: Si la IRO decide que debemos proporcionar el servicio, debemos autorizar el servicio. Si la IRO está de acuerdo con nuestra determinación de denegar el servicio, la apelación finaliza y su única opción restante es presentar una reclamación ante una corte superior.

(B) Cobertura de contrato

Estos son casos en los que hemos denegado la cobertura porque determinamos que el servicio solicitado no tiene cobertura de su póliza de seguro. Para los casos de cobertura de contrato, el DIFI de AZ es el revisor independiente. Las apelaciones de cobertura de contrato están sujetas a los siguientes plazos:

- Dentro de un día hábil luego de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:
 1. Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud al DIFI de AZ, a usted y a su proveedor tratante.
 2. Enviar al DIFI de AZ toda la siguiente documentación:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, evidencia de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los registros médicos y la documentación de respaldo que usamos para tomar nuestra determinación.
 - d. Un resumen de los problemas correspondientes, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestras pautas de revisión de utilización.
- Dentro de los dos días hábiles luego de recibir esta información, el DIFI de AZ debe determinar si la reclamación o el servicio está cubierto por su póliza de seguro, y enviar un aviso por escrito de su determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

Remisión a una IRO para apelaciones de cobertura de contrato: El DIFI de AZ podría no ser capaz de determinar cuestiones de cobertura. Si esto ocurre, el DIFI de AZ enviará el caso a una IRO. La IRO tendrá 72 horas para tomar una determinación y enviarla al DIFI de AZ. El DIFI de AZ tendrá un día hábil luego de recibir la determinación de la IRO para enviar el aviso de determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: Si el DIFI de AZ decide que debemos proporcionar el servicio o pagar la reclamación, debemos hacerlo. Si usted o nosotros no estamos de acuerdo con la determinación del DIFI de AZ sobre una cuestión de cobertura, usted o nosotros podemos solicitar una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas de Arizona (“OAH de AZ”) enviando una solicitud al DIFI de AZ dentro de los 30 días luego de recibir su determinación.

PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA SERVICIOS QUE NO SON DE URGENCIA Y RECLAMACIONES DENEGADAS

Apelación inicial

Puede solicitar una apelación inicial de una determinación adversa si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Tiene cobertura de nuestro plan.
- Denegamos su solicitud de un servicio cubierto o reclamación.
- Solicita una apelación dentro de los dos años posteriores a la fecha en la que realizamos la determinación adversa.

- No califica para una apelación acelerada.
- Nos envía su solicitud usando la información que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS de este paquete.

En cualquier momento, podemos decidir no aplicar la revisión interna y enviar su apelación al DIFI de AZ para una revisión externa independiente.

Antes de tomar una determinación adversa interna final que se base en información nueva o adicional generada por nosotros, debemos proporcionarle una copia de la información nueva junto con una oportunidad razonable de responder dentro de los plazos aplicables para que podamos proporcionar una determinación por escrito.

Determinación y plazos:

- Para los planes individuales y los planes grupales o los planes individuales protegidos que no ofrecen un nivel de apelación interna voluntaria, tenemos los siguientes plazos:
 - a. 30 días para tomar una determinación sobre un servicio que aún no se ha proporcionado.
 - b. 60 días para tomar una determinación sobre un servicio que ya se ha proporcionado.
- Para planes grupales y planes individuales protegidos que eligen ofrecer un nivel de apelación interna voluntaria, tenemos los siguientes plazos:
 - a. 15 días para tomar una determinación sobre un servicio que aún no se ha proporcionado.
 - b. 30 días para tomar una determinación sobre un servicio que ya se ha proporcionado.

Debemos enviarle a usted y a su proveedor tratante una carta de determinación por escrito dentro de los plazos anteriores.

Si revocamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio o pagaremos la reclamación, y finalizará la apelación.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación le explicará los motivos de nuestra determinación y la información sobre la que basamos nuestra determinación. Nuestra carta de determinación también incluirá instrucciones para los próximos pasos en el proceso de apelación, sujeto a los siguientes plazos:

- Para planes individuales y planes grupales que no eligen ofrecer un nivel de apelación interna voluntaria, tiene 4 meses para solicitar una revisión externa independiente.
- Para planes grupales y planes individuales protegidos que eligen ofrecer un nivel de apelación interna voluntaria, tiene 60 días para solicitar una apelación interna voluntaria.

Apelación interna voluntaria

Este nivel de apelación se aplica solo si tiene un plan grupal o un plan individual protegido, si elegimos ofrecer este nivel de apelación y si previamente completó una apelación inicial.

Usted o su proveedor tratante deben enviarnos una solicitud por escrito dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la apelación inicial para informarnos que desea una apelación interna voluntaria. A fin de ayudarnos a tomar una determinación sobre su apelación, usted o su proveedor también deben enviarnos cualquier información adicional que no hayan enviado aún para demostrar el motivo por el que deberíamos autorizar el servicio solicitado o pagar la reclamación. Envíenos su solicitud de apelación e información usando la información que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS que se incluye en este paquete.

En cualquier momento, podemos decidir no aplicar el nivel de apelación interna voluntaria y enviar su apelación al DIFI de AZ para una revisión externa independiente.

Antes de tomar una determinación adversa interna final que se base en información nueva o adicional generada por nosotros, debemos proporcionarle una copia junto con una oportunidad razonable de responder dentro de los plazos aplicables para que podamos proporcionar una determinación por escrito.

Determinación y plazos:

- Tenemos 15 días para tomar una determinación sobre un servicio que aún no se ha proporcionado.
- Tenemos 30 días para tomar una determinación sobre un servicio que ya se ha proporcionado.

Si revocamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio o pagaremos la reclamación, y finalizará la apelación.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación le explicará los motivos de nuestra determinación y la información sobre la que basamos nuestra determinación. Nuestra determinación también incluirá instrucciones para los próximos pasos en el proceso de apelación. Tiene cuatro meses para apelar al nivel de revisión externa independiente.

Revisión externa independiente

Puede apelar al nivel de revisión externa independiente solo después de haber completado los niveles internos de apelación. Tiene cuatro meses después de recibir una determinación adversa interna final para enviarnos su solicitud de apelación por escrito y cualquier información de respaldo adicional para una revisión externa independiente. Envíenos su solicitud usando la información que figura en la página COMUNÍQUESE CON NOSOTROS que se incluye en este paquete.

Este nivel de revisión también se aplica si decidimos no aplicar los niveles internos de revisión.

Hay dos tipos de revisión externa independiente, dependiendo de los problemas de su caso: Necesidad médica o cobertura de contrato.

(A) Necesidad médica

Estos son casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque determinamos que el servicio que usted o su proveedor tratante están solicitando no son médicamente necesarios para

tratar su afección. Para los casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor contratado por una IRO, que el DIFI de AZ consigue y no tiene conexión con nuestra compañía. El revisor de la IRO debe ser un proveedor que normalmente trate la afección que se está revisando. Las apelaciones de necesidad médica están sujetas a los siguientes plazos:

- Dentro de los cinco días hábiles luego de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:
 1. Enviar por correo un acuse de recibo por escrito de su solicitud al DIFI de AZ, a usted y a su proveedor tratante. Este acuse de recibo debe incluir un aviso de que usted tiene cinco días hábiles luego de recibir el aviso para presentar cualquier evidencia escrita adicional al DIFI de AZ para que la considere el revisor externo. El DIFI de AZ lo enviará a la IRO. Si proporciona información adicional después de los cinco días hábiles, la IRO podrá considerarla o no.
 2. Enviar al DIFI de AZ toda la siguiente documentación:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, evidencia de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los registros médicos y la documentación de respaldo que usamos para tomar nuestras determinaciones.
 - d. Un resumen de los problemas correspondientes, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestras pautas de revisión de utilización.
 - g. El nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que revisó y ratificó las determinaciones en la apelación inicial y, si corresponde, el nivel de apelación interna voluntaria.
- Dentro de los cinco días luego de recibir la apelación, el DIFI de AZ debe enviar toda la información presentada a una IRO.
- Dentro de los 21 días luego de recibir la apelación, la IRO debe tomar una determinación por escrito y enviarla al DIFI de AZ.
- Dentro de los cinco días hábiles luego de recibir la determinación de la IRO, el DIFI de AZ debe enviar un aviso por escrito sobre la determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: Si la IRO decide que debemos proporcionar el servicio o pagar la reclamación, debemos autorizar el servicio o pagar la reclamación. Si la IRO está de acuerdo con nuestra determinación de denegar el servicio o el pago, la apelación finaliza y su única opción restante es presentar una reclamación ante una corte superior.

(B) Cobertura de contrato

Estos son casos en los que hemos denegado la cobertura porque determinamos que el servicio solicitado no tiene cobertura de su póliza de seguro. Para los casos de cobertura de contrato, el DIFI de AZ es el revisor independiente. Las apelaciones de cobertura de contrato están sujetas a los siguientes plazos:

- Dentro de los cinco días hábiles luego de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:
 1. Enviar un acuse de recibo escrito de su solicitud al DIFI de AZ, a usted y a su proveedor tratante.
 2. Enviar al DIFI de AZ toda la siguiente documentación:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, evidencia de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los registros médicos y la documentación de respaldo que usamos para tomar nuestras determinaciones.
 - d. Un resumen de los problemas correspondientes, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestras pautas de revisión de utilización.
 - g. El nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que revisó y ratificó las determinaciones en la apelación inicial y, si corresponde, el nivel de apelación interna voluntaria.
- Dentro de los 15 días hábiles luego de recibir esta información, el DIFI de AZ debe determinar si la reclamación o el servicio está cubierto y enviar un aviso por escrito de su determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

Remisión a una IRO para apelaciones de cobertura de contrato: El DIFI de AZ podría no ser capaz de determinar cuestiones de cobertura. Si esto ocurre, el DIFI de AZ enviará el caso a una IRO. La IRO tendrá 21 días para tomar una determinación y enviarla al DIFI de AZ. El DIFI de AZ tendrá cinco días hábiles luego de recibir la determinación de la IRO para enviar el aviso de determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: Si el DIFI de AZ decide que debemos proporcionar el servicio o pagar la reclamación, debemos hacerlo. Si usted o nosotros no estamos de acuerdo con la determinación del DIFI de AZ sobre un problema de cobertura, usted o nosotros podemos solicitar una audiencia ante la OAH de AZ enviando una solicitud al DIFI de AZ dentro de los 30 días luego de recibir su determinación.

NOTAS SOBRE LAS ORGANIZACIONES DE REVISIÓN INDEPENDIENTES (IRO)

- El DIFI de AZ contrata directamente con múltiples IRO. Cada una de ellas tiene grandes listas de muchos tipos de médicos especialistas y otros profesionales de la salud autorizados.

- No hay ningún costo para un miembro ni proveedor por ninguna parte del proceso de apelación. Si se usan los servicios de una IRO, el DIFI de AZ selecciona y paga a la IRO, y luego factura el reembolso a la aseguradora una vez que se completa la apelación.
- La IRO verificará que su revisor no tenga un conflicto de intereses con la aseguradora, el miembro ni el proveedor tratante, y que no haya estado involucrado en la determinación de denegación original ni en ninguna apelación previa del mismo miembro.
- Ni usted ni nosotros nos comunicaremos con la IRO. La IRO completará su revisión usando la documentación de su apelación.
- El revisor de la IRO será un proveedor que habitualmente trate la afección que está bajo revisión.
- La determinación de la IRO es vinculante para todas las partes. Cualquier impugnación adicional se debe realizar ante una corte superior.
- Incluso si se determina que es médicamente necesario, ni la IRO, ni el DIFI de AZ ni la OAH de AZ pueden ordenar a una aseguradora proporcionar o pagar un tratamiento o servicio que esté excluido de una póliza.

OBTENCIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

La ley de Arizona (A.R.S. § 12-2293) permite que usted pida una copia de sus registros médicos. Debe presentar la solicitud por escrito y especificar a quién se deben entregar los registros. El proveedor de atención médica que tenga sus registros le proporcionará una copia de estos a usted o a la persona que haya designado.

Persona designada encargada de tomar decisiones: Si ha designado a una persona para que tome decisiones de atención médica, esa persona debe enviar una solicitud por escrito para obtener acceso o copias de sus registros médicos. Los registros médicos deben proporcionarse por escrito a la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica o a la persona que haya sido designada por quien toma las decisiones, a menos que limite el acceso a sus registros médicos solo a usted o a la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica.

Confidencialidad: Los registros médicos divulgados en virtud de los A.R.S. § 12-2293 mantendrán su confidencialidad. Si participa en un proceso de apelación, las partes importantes de sus registros médicos serán reveladas solo a las personas autorizadas a participar en el proceso de revisión de la afección médica que se examina. Estas personas no pueden revelar su información médica a nadie.

DOCUMENTACIÓN PARA UNA APELACIÓN

Si presenta una apelación, debe incluir toda justificación o documentación material. Si recopila más información durante el proceso de su apelación, debe entregárnosla tan pronto como la obtenga. También debe proporcionarnos la dirección y el número de teléfono o correo electrónico donde lo podamos contactar.

Si su apelación pasa a revisión interna, es posible que el DIFI de AZ se ponga en contacto con usted por correo electrónico desde una dirección de correo electrónico genérica (hca@difi.az.gov). Si la apelación ya se encuentra en el nivel de revisión externa independiente, se le notificará por escrito que tiene cinco días hábiles para enviar cualquier información adicional al DIFI de AZ. Si presenta algo después de los cinco días hábiles, no será obligatorio considerar eso en su apelación.

LA FUNCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS E INSTITUCIONES FINANCIERAS (DIFI) DE ARIZONA (AZ)

La ley de Arizona exige que “cualquier miembro que presente un reclamo ante el DIFI de AZ con respecto a una determinación adversa debe seguir el proceso de revisión establecido” por la ley (A.R.S. § 20-2533[F]). Esto significa que debe seguir el proceso de apelación de atención médica para todas las determinaciones adversas apelables antes de que el DIFI de AZ pueda investigar un reclamo que pueda tener contra nuestra compañía en función de la determinación en cuestión en la apelación.

El proceso de apelación exige que el DIFI de AZ haga lo siguiente:

1. Supervise el proceso de apelación.
2. Guarde copias de cada plan de revisión de utilización presentado por las aseguradoras.
3. Reciba, procese y tome decisiones sobre las solicitudes de una aseguradora para una revisión externa independiente.
4. Haga cumplir las determinaciones de las aseguradoras.
5. Revise las determinaciones de las aseguradoras.
6. Envíe, cuando sea necesario, un registro de los procedimientos de una apelación a una corte superior o la OAH de AZ.
7. Emita una determinación administrativa final sobre los problemas de cobertura, incluido el aviso del derecho a solicitar una audiencia ante la OAH de AZ.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

Cualquier documento escrito que se envíe por correo se considerará recibido por la persona a quien está debidamente dirigido el documento el quinto día hábil después de haber sido enviado por correo. “Debidamente dirigido” significa su última dirección postal conocida. Como alternativa, los documentos se pueden enviar de manera electrónica si un miembro ha elegido la entrega electrónica.

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

BANNER HEALTH AND AETNA HEALTH INSURANCE COMPANY/BANNER HEALTH AND AETNA
HEALTH PLAN INC.

Póngase en contacto con nosotros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o en banneretna.com.

Envíe su apelación de atención médica a las siguientes direcciones:

Para apelaciones internas aceleradas:

Teléfono: [1-877-665-6736](tel:1-877-665-6736)

Fax: 860-754-5321

Para apelaciones internas estándar:

Customer Resolution Team

PO Box 14463

Lexington, KY 40512

Fax 859-425-3379

Para apelaciones de revisión externa independiente (tanto acelerada como estándar):

External Review

PO Box 818000

Cleveland, OH 44181-8000

Teléfono: [1-877-848-5855](tel:1-877-848-5855)

Fax: 860-975-1526

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
Puede usar este formulario para informarle a su aseguradora que desea apelar una determinación adversa.

Nombre del miembro asegurado _____ Identificación del miembro _____
Correo electrónico _____ Teléfono _____
Dirección de correo postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del proveedor tratante _____

(Si corresponde) Nombre del representante autorizado _____
Correo electrónico _____ Teléfono _____
Dirección de correo postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tipo de denegación: _____ Reclamación denegada _____ Servicio denegado aún no recibido

Nombre de la aseguradora _____

Si apela la decisión de la aseguradora de denegar un servicio que aún no ha recibido, ¿existe la probabilidad de que el retraso de 30 días para recibir el servicio ocasione un cambio negativo importante en su afección? En caso afirmativo, su proveedor tratante debe firmar y enviar la certificación, así como la documentación que respalde la necesidad de una revisión acelerada.

¿Qué decisión está apelando? _____

(Explique lo que desea que la aseguradora autorice o pague).

Explique por qué considera que se debe cubrir la reclamación o el servicio. _____

(Adjunte más hojas de papel si es necesario).

Asegúrese de adjuntar todo lo que demuestre por qué considera que su aseguradora debería cubrir su reclamación o autorizar un servicio, incluido lo siguiente: ☐ Registros médicos

☐ Documentación de respaldo (carta de su médico, folletos, notas, recibos, etc.). Si quiere una revisión acelerada, adjunte también la certificación y la documentación de respaldo de su proveedor tratante. Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación o necesita ayuda para preparar su apelación, puede llamar a Servicios al Consumidor del Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona al [602-364-3100](tel:602-364-3100), así como a Banner Health And Aetna Health Insurance Company/Banner Health And Aetna Health Plan Inc. al número de teléfono que figura en el reverso de la tarjeta de identificación.

Firma del miembro asegurado o del representante autorizado

Fecha

**FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR
PARA LAS REVISIONES MÉDICAS ACELERADAS Y APELACIONES ACELERADAS**

(No se puede usar este formulario si el servicio ya se proporcionó).

Un paciente al que se le deniega la autorización de un servicio cubierto tiene derecho a presentar una apelación acelerada si el proveedor tratante certifica y proporciona documentación de respaldo en cuanto a que existe la probabilidad de que el período que toma el proceso de apelación estándar (alrededor de 30 días) “ocasiona un cambio negativo importante en la afección médica [del paciente] en cuestión”.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Médico/proveedor tratante _____
Teléfono _____ FAX _____
Correo electrónico _____
Dirección de correo postal _____
Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Identificación de miembro _____
Correo electrónico _____ Teléfono _____
Dirección de correo postal _____
Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

Nombre de la aseguradora _____
Teléfono _____ FAX _____
Correo electrónico _____
Dirección de correo postal _____
Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

- ¿Se está apelando por un servicio que el paciente ya recibió? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es “Sí”, el paciente debe seguir el proceso de apelación estándar y no puede usar el proceso de apelación acelerada. Si la respuesta es “No”, continúe con este formulario.
- ¿Qué determinación adversa se está apelando?

- Explique por qué considera que el paciente necesita el servicio o tratamiento solicitado y por qué el tiempo del proceso de apelación estándar causará un cambio negativo importante en la afección médica del paciente, que es objeto de la apelación.

Adjunte más hojas, si es necesario, e incluya lo siguiente: ☐ Registros médicos ☐ Documentación de respaldo

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación o necesita ayuda para preparar esta certificación, puede llamar al número de Servicios al Consumidor del Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona al **602-364-3100** o a Banner Health And Aetna Health Insurance Company/Banner Health And Aetna Health Plan Inc. al número de teléfono que figura en el reverso de la tarjeta de identificación.

Certifico, en calidad de proveedor tratante del paciente, que, si se retrasa la atención al paciente por el período necesario para el proceso de apelación estándar, existe la probabilidad de que se ocasiona un cambio negativo importante en la afección médica del paciente en cuestión.

Firma del médico/proveedor tratante _____

Fecha _____